

Tabla 1

Grupo olm + hctz	159, 6 ± 14,9 a 130, 7 ± 6,8 mmHg	p < 0,01
	87,1 ± 7,8 a 79,3 ± 7,3 mmHg	p < 0,01
Grupo olm + aml	156,8 ± 14,3 a 129,5 ± 6,8 mmHg	p < 0,01
	86,1 ± 11 a 75,1 ± 6,1 mmHg	p < 0,01

Tabla 2

Grupo olm + hctz	115,6 ± 88,2 a 57,2 ± 79,6 µg/g	p < 0,01
Grupo olm + aml	109,8 ± 78,3 a 46,3 ± 51 µg/g	p < 0,01

399. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DESPUÉS DE LA REALIZACIÓN DE UN MAPA

C. Barruso Bares¹, M.V. Lazcanotegui González¹, N. Garate Villanueva¹, S. Murcia Sánchez¹, V. Rubio Arribas¹, J. González Cruz¹ y P. Iturrioz Rosell²

¹CS Irún Centro, Irún, Guipúzcoa. ²Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, San Sebastián.

Objetivos: Conocer la pauta terapéutica en pacientes con HTA después de la realización de un MAPA en Atención Primaria.

Material y métodos: Diseño: estudio descriptivo. Emplazamiento: Centro de salud. Atención Primaria. Participantes: todos los pacientes a los que se realizan MAPA, solicitada en atención primaria durante 18 meses. Mediciones: motivo de petición y resultado. Prevalencia de FRCV y EOD (enfermedad de órganos diana). Tratamiento pautado tras la realización de MAPA: grupos terapéuticos utilizados en monoterapia, asociaciones fijas y combinaciones.

Resultados: Realizados 281 MAPA a pacientes con edad media 63 años, 53% mujeres, 38% con un FRCV, 13,5% con 2 o más FRCV, siendo hipertensión 36% y diabetes 17,5% los más prevalentes. 23% con EOD, cardiopatía isquémica 8% y ACV el 4%. El 29,5% de las peticiones son para diagnóstico confirmándose HTA en el 66%. El 69,5% de los MAPA son para seguimiento de la HTA con un 71% de mal control. Atendiendo a la pauta terapéutica después de realizado MAPA: el 26% está sin tratamiento farmacológico, 31% en monoterapia y 42% tratamiento combinado. De los pacientes en monoterapia los grupos más utilizados son IECA 38%, diurético 28%, ARA II 17%, calcio antagonista 10% y beta bloqueante 7%. De los pacientes en tratamiento combinado 76% en asociación fija, 24% sin asociación fija. Las asociaciones fijas más frecuentes son ARA II/HCTZ 51%, IECA/HCTZ 34%, IECA/Ca antagonista 7%, ARA II/Ca antagonista 6%, otros 2%.

Conclusiones: Ligero predominio del tratamiento combinado sobre la monoterapia y uso predominante de las asociaciones fijas, siendo las combinaciones IECA-ARA II/HCTZ las más usadas frente a las nuevas asociaciones. Dentro de la monoterapia uso predominante de IECA y diuréticos.

400. COMPARACIÓN DE 2 ESTRATEGIAS BASADAS EN OLMESARTÁN PARA EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN DIABÉTICOS TIPO 2 CON MICROALBUMINURIA

A. Yoldi Arrieta¹, A. Ruiz Molina², A. Cadenas González², X. Kortajarena Urkola¹ y A. Berroeta Iribarren¹

¹Hospital Donostia, San Sebastián. ²Hospital Mendara, Guipúzcoa.

Propósito del estudio: El control tensional es clave para el pronóstico del desarrollo de complicaciones macro y microvasculares en la diabetes tipo 2. Los diabéticos hipertensos con microalbuminuria son un grupo de riesgo elevado, y en ellos, el bloqueo del sistema

renina angiotensina constituye el primer escalón de la terapia anti-hipertensiva. En los pacientes que no alcanzan los objetivos tensionales se necesita asociar un segundo principio activo. Se realizó un estudio para valorar la eficacia de dos estrategias de asociación de olmesartán (olm) con hidroclorotiacida (hctz) o amlodipino (aml) en el control de la presión arterial y microalbuminuria.

Métodos: Se incluyeron 29 pacientes (15 varones y 14 mujeres) diabéticos tipo 2 con una edad media de 62 años, hipertensos y con microalbuminuria, en los que se inició una terapia basada en olm 40 mg/día. Tras un periodo inicial y ante la no consecución de los objetivos de presión arterial (130/80 mmHg) se añadió hctz (14 pacientes) o aml (15 pacientes), ajustando en ambos grupos la dosis de este segundo principio activo en visitas bimensuales hasta los seis meses. El seguimiento de los pacientes fue de 12 meses. En el grupo de hctz 10 pacientes alcanzaron la dosis de 25 mg y 4 la de 12,5 mg. En el grupo de aml 6 pacientes fueron tratados con 5 mg y 9 con 10 mg al final del estudio.

Resultados: 1. No existieron diferencias en los parámetros metabólicos (HbA1c, IMC) entre los dos grupos estudiados, ni en la situación inicial, ni a lo largo del estudio. 2. En ambos grupos al final del estudio se consiguieron disminuciones significativas de la presión arterial (tabla 1). 3. 6 (43%) de los sujetos del grupo olm + hctz y 10 (66%) del grupo olm + aml alcanzaron los objetivos tensionales. 4. Las dos estrategias fueron eficaces en la reducción de la microalbuminuria (tabla 2).

Conclusiones: Ambas estrategias son eficaces en la mejoría a largo plazo del control de la tensión arterial y microalbuminuria en diabéticos. Las diferencias observadas son atribuibles a la dificultad de alcanzar dosis máximas de hctz con la posología disponible en el momento de la realización del estudio. A pesar de la estrategia utilizada 13 pacientes (45%) no alcanzaron los objetivos tensionales propuestos. Este resultado confirma la necesidad de utilizar más de dos principios activos en un gran número de diabéticos hipertensos. En esta población, es deseable la utilización de asociaciones farmacológicas como tratamiento inicial.

Enfermería

401. COLABORACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN ENSAYOS CLÍNICOS

A. Sánchez Martín, I. Narrillos Martín, C. Velasco García, P.L. Martínez, R. Torres y J. García Puig

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: La actividad investigadora relacionada con ensayos clínicos (EE.CC.) promovidos por la industria farmacéutica puede ser realizada por diversos profesionales. La capacitación de enfer-

mería para atender pacientes puede resultar de gran valor añadido con respecto a otros profesionales sanitarios. Analizamos la actividad desarrollada por dos enfermeras que han colaborado en los EE.CC. realizados en una unidad de riesgo vascular de un hospital universitario.

Pacientes y métodos: Incluimos todos los EE.CC. en los que han colaborado dos enfermeras (AS e IN) de la unidad metabólico-vascular en el periodo 2008 a 2010. De cada estudio hemos recogido el promotor, patología de interés, tiempo de seguimiento, número de visitas programadas, y número de pacientes comprometidos por contrato y evaluables.

Resultados: En los tres últimos años (2008 a 2010) diez laboratorios farmacéuticos (BMS, GSK, Janssen, Menarini, MSD, Novartis, Recordati, Sankyo, Sanofi y Servier) nos han solicitado colaborar en 24 EE.CC. Las patologías motivo de estudio han sido hipertensión arterial (10 estudios), diabetes mellitus (7 estudios), dislipemia (3 estudios), patología cardíaca (3 estudios), y obesidad (1 estudio). Tres estudios se encuentran en fase de inclusión de pacientes. Ocho estudios han concluido la fase de aleatorización y se encuentran en la fase de seguimiento. Trece estudios han terminado. De estos 21 EE.CC., con aleatorización concluida, el tiempo medio de seguimiento ha sido de 116.4 semanas (rango, de 4 semanas a 5 años). El número medio de visitas por ensayo ha sido de 12 (rango, de 6 a 25 visitas). Según el contrato de colaboración, el número de pacientes comprometido ha sido de 227 enfermos (11 enfermos/ensayo). Hemos incluido a 398 pacientes y han sido aleatorizados 315 enfermos (79%). El cumplimiento global (enfermos evaluables) según contrato ha sido del 139%. En 7 estudios el cumplimiento ha sido del 100%, en 12 del 244% y en 2 del 62%. Las dos enfermeras han realizado todo el trabajo clínico de estos EE.CC., es decir, la selección de enfermos y todas las visitas de cada estudio. Las enfermeras consultaron a los médicos de la unidad para valoración de eventos adversos y modificaciones de la medicación. La relación con promotores, monitores y responsables de la ejecución de los EE.CC., ha sido desempeñada por una farmacéutica (CV).

Conclusiones: La enfermería puede colaborar en la realización de EE.CC. de forma muy eficiente. Su capacitación para atender enfermos les posibilita desempeñar las actividades clínicas propias de los EE.CC.

402. ENFERMERÍA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA ANTE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

G.G. Belenguer Civera¹, R.R. Lekerika Llopis²
e I.I. Belenguer Ricarte³

¹CS Xàtiva, Valencia. ²CS Meliana, Valencia.

³Hospital de Xàtiva, Valencia.

Introducción y objetivos: El incumplimiento de la prescripción farmacológica según estudios publicados ante usuarios catalogados y tratados como hipertensos, ha sido cifrado en porcentajes superiores al 25%. El papel de la Enfermería en esta responsabilidad asistencial, actualmente está siendo valorada y estudiada, de ahí, la necesidad de justificar líneas de investigación con implicación del colectivo de la Enfermería frente a la HTA.

Material y métodos: Utilizando una versión adaptada del cuestionario de Martín-Bayarre-Grau (MBG), se ha estudiado en un núcleo poblacional (100 usuarios de Atención Primaria), mayores de 40 años, hipertensos con tratamiento prescrito, a los cuales se les ha entregado un cuestionario anónimo de fácil respuesta y entrega voluntaria en consulta de enfermería, con un total de 12 ítems (Total/Parcial/No adherido).

Resultados: Los cuestionarios recogen las respuestas en base a afirmaciones básicas sencillas (siempre/casi siempre/a veces/casi nunca/nunca) para facilitar las respuestas y de esta forma se detecta un alto porcentaje, 80% de adherencia completa al trata-

miento. Destaca que el nivel laboral influye en la adherencia con dependencia en que el sector se activo o no activo y con índice mayor de incumplimiento en el sector masculino. El refuerzo del recordatorio de las dosis medicamentosas resulta de necesaria observación enfermera en un porcentaje eleva (90%).

Conclusiones: Alto grado de colaboración usuario/enfermera referente. Demostrado papel de la enfermería frente a la adherencia farmacológica. Validez del cuestionario de Martín-Bayarre-Grau (modificado). Necesidad de estudios multicéntricos basados en la evidencia enfermera.

403. ABORDAJE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA PERIMENOPAUSIA

A.L. Rodríguez Domingo¹, S. Esteban Navarro² y C. Mora Casado¹

¹CS Maqueda, Madrid. ²CS Palacio de Segovia, Madrid.

Propósito del estudio: Uno de los temas más controvertidos en cuanto al estudio epidemiológico de la hipertensión arterial ha sido saber si la privación estrogénica de la menopausia induce la aparición de HTA en la mujer. Los estrógenos aumentan el flujo sanguíneo, estimulan la formación de colágeno y favorecen la elasticidad, por lo que podría suponerse, que su ausencia provocaría una disminución del flujo y de la elasticidad arterial, con aumento de las resistencias periféricas y de la TA. Estos efectos de la privación estrogénica, pudiera ser la causante de una mayor prevalencia de HTA durante la menopausia y en edades posteriores. En nuestra práctica habitual pensamos que es un sentir generalizado la impresión de que es más frecuente la aparición de HTA de nuevo diagnóstico en las pacientes que están en periodo perimenopáusico. Ello nos ha llevado a plantearnos si esta situación se pudiera confirmar estadísticamente, y si es así, en que periodo de la perimenopausia deberíamos estar más atentos a una aparición de HTA.

Métodos: La captación de la cohorte del estudio se ha realizado en los Centros de Salud de Maqueda y Palacio Segovia del Área Única de Madrid. Se han incluido en el estudio a todas las pacientes que han acudido a consulta de enfermería por cualquier motivo que no eran hipertensas previamente, y que su edad estuviera comprendida entre 40 y 55 años, en total 43 pacientes. Para etapificar la menopausia hemos usado los criterios de Straw, y que divide las fases hormonales femeninas en Reproductiva (sin alteraciones menstruales) Perimenopausia, y esta a su vez en inicial y avanzada, según las alteraciones menstruales y Postmenopausia. Se clasificó a todas las pacientes del estudio según estas etapas, a través de un cuestionario sobre su regularidad menstrual, y se les tomó la TA en tres ocasiones en 3 días diferentes, según las normas de la guía de actuación de enfermería en hipertensión arterial del grupo EHRICA.

Resultados: De las 43 pacientes incluidas en el estudio, a 11 se las clasificó como en etapa reproductiva, 15 en etapa perimenopáusica inicial, 8 en etapa perimenopáusica avanzada y 9 en etapa posmenopáusica. En cuanto a sus TA, en la etapa reproductiva encontramos una media de 122/78 (desviación para sistólica de 108-134 y para diastólica de 72-86). En esta etapa no encontramos ningún paciente con criterios de HTA. En la etapa perimenopáusica inicial, la media fue de 122/80 (Desv Sis de 104-140 y Desv Día de 78-94), sin encontrar en esta etapa tampoco ningún paciente con criterios de HTA. Distintos resultados obtuvimos en la perimenopáusica avanzada, donde la media fue de 132/82 (Desv Sis de 116-148 y Desv Día de 76-90), y donde si encontramos a 2 pacientes que cumplen los criterios de HTA. En la última etapa analizada, la postmenopáusica, la media fue de 136/84 (Desv Sis 122-144 y Desv Día 72-92), donde también encontramos a 2 pacientes que cumplían criterios de HTA.

Conclusiones: Según nuestro estudio, no existen diferencias significativas entre la etapa reproductiva y la perimenopáusica inicial,

en cuanto a variación de la TA. Pero si encontramos un progresivo aumento de la misma según vamos pasando a la perimenopausia avanzada y de esta a la posmenopáusica. El escalón más importante lo encontramos entre la perimenopausia inicial y la tardía, donde sobre todo aumenta la TA sistólica, manteniéndose este incremento, pero menos acusado, en la postmenopausia. Además, es entre estas etapas, donde comenzamos a diagnosticar hipertensas, con una tasa igual a la que encontraremos también en la postmenopausia. Desde este trabajo proponemos que se haga una clasificación sistemática de todas las pacientes en estas edades según las alteraciones de sus ciclos menstruales, ya que podemos distinguir si una mujer se encuentra en una perimenopausia inicial o avanzada mediante unas simples preguntas sobre la regularidad de sus ciclos, siendo accesible este sistema a toda la enfermería.

404. GUÍA Y MATERIAL DIDÁCTICO PARA PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR

N. Puig Girbau, M.M. Lladó Blanch y M.C. Seco Salcedo

SAP Badalona-Sant Adrià, Badalona.

Propósito del estudio: Establecer los criterios de desarrollo de las unidades didácticas para realizar educación sanitaria a pacientes con riesgo cardiovascular (RCV) y dar a conocer el material formativo en talleres estructurados.

Métodos: Se ha elaborado una guía dirigida a los profesionales para lograr una exposición sistematizada, con un índice de realización, la implementación del contenido y de la estructura de las distintas unidades, como complemento del material visual de soporte. El contenido didáctico consta de 5 sesiones de 45 minutos cada una: Concepto y prevención del RCV; Alimentación y dieta cardiosaludable; Ejercicio Físico, Tabaco y Alcohol; Farmacología y cumplimiento terapéutico; Pie diabético, habilidades en el autocuidado. Cada sesión se centra en un aspecto concreto de los hábitos generadores de salud, dando una visión global, tanto de la patología como de su tratamiento. Se presentan de manera lúdica, en formato PowerPoint y en los dos idiomas oficiales de Cataluña, catalán y castellano. Este material está planteado de manera que pueda ser adaptado a las necesidades del colectivo de enfermería y pueda ser fragmentado y readaptado según las necesidades de cada paciente, en cada sesión y cíclicamente. Cada unidad didáctica está constituida por una parte genérica dirigida a pacientes de cualquier estrato de RCV y otra específica para pacientes diabéticos. En todas ellas, hay un apartado donde se hace referencia y se clarifican tópicos, errores y se dan pautas de cómo afrontar situaciones especiales. Cada unidad contiene una guía de trabajo para el profesional, la estructura y un cronograma: con las actividades, el material necesario, el tiempo y las encuestas de evaluación de conocimientos y satisfacción. También se proponen actividades para que el paciente participe activamente. El material didáctico ha sido utilizado como herramienta en el trabajo de campo de un estudio multicéntrico, ha sido evaluado y validado por las profesionales y pacientes que participaron.

Resultados: Con el material didáctico, se han realizado 197 talleres estructurados, repartidos en 4 sesiones tipo. Con una duración media de 48,75' y una asistencia de 10,40 pacientes por sesión. La satisfacción de los pacientes que asistieron a los talleres fue muy alta. Sobre 5, han valorado el contenido con un 4,7; las sesiones agradables con un 4,6; la duración y el horario con un 4,4. Las enfermeras evalúan este material como una muy buena herramienta para llevar a cabo la educación de los pacientes de cualquier estrato de RCV.

Conclusiones: Esta guía con las unidades didácticas, son una herramienta de trabajo para los profesionales de la salud que permite una intervención preventiva, de control y seguimiento de la enfermedad cardiovascular, con el fin de disminuir su morbi-mortalidad y potenciar la calidad de vida de los pacientes con RCV. El material

didáctico ha obtenido una puntuación muy alta, tanto en las encuestas de satisfacción de los pacientes, como de las enfermeras. De aquí nuestro interés en compartir y difundir este material como una herramienta de gran utilidad para los profesionales sanitarios.

405. DETERMINACIÓN DE PRESIÓN CENTRAL Y GROSOR ÍNTIMA-MEDIA EN UNA UNIDAD DE IMAGEN DE LA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A. Barbero Pedraz, M. Ávila Sánchez-Torija y V. Laguna Calle

Unidad de HTA, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: En la valoración de los pacientes hipertensos pueden realizarse múltiples estudios clínicos. El uso de técnicas diagnósticas más sensibles podría permitir una detección más precoz de las lesiones de órgano diana. Esto facilita la detección de los pacientes que tienen un mayor riesgo cardiovascular, lo que permite una optimización del tratamiento.

Objetivos: Describir nuestra experiencia tras la puesta en marcha de la Unidad de imagen en la unidad de HTA.

Material y métodos: Se han realizado 255 mediciones a pacientes hipertensos seguidos en la unidad de HTA del hospital clínico San Carlos. A todos los pacientes se les recogieron datos epidemiológicos y analíticos. Se les realiza dos tomas de presión arterial braquial en situación de reposo, siguiendo las directrices de la Sociedad Europea de Hipertensión. Se realiza a cada paciente. Determinación de presión central e índice de aumento con el SphygmoCor[®] CP, se obtiene mediante tonometría pues analiza la onda de presión en la arteria radial. Valoración del grosor íntima media de la arteria carótida común en su zona distal, aproximadamente a 1 cm antes del bulbo carotídeo con eco-Doppler (Toshiba Powervision 2000, con el empleo de una sonda lineal, TSA de 9 MHz). Todas las medidas se realizan por un personal experimentado. Se valora el riesgo cardiovascular según la estratificación de la guía de la Sociedad Europea de Hipertensión, con la herramienta de nutriend. Se describen los resultados iniciales en los primeros nueve meses desde la apertura de la Unidad de imagen en la U. HTA.

Resultados: Se realizaron 255 mediciones, 50 pacientes tienen más de una medición (entre 2 y 3). Se describen los datos de la visita inicial de los 188 pacientes. Nuestra población tiene una edad media de $60,5 \pm 13,5$ años, con un perímetro abdominal $98,2 \pm 11,9$ cm, con IMC medio de $28,8 \pm 4,8$ kg/m². Su tiempo de evolución de la HTA era de $12,4 \pm 10$ años. La presión arterial sistólica braquial era de $127,6 \pm 19,3$ mmHg y la presión arterial diastólica era de $74,6 \pm 11,1$ mmHg. La frecuencia cardíaca era de $75,6 \pm 13,1$ lpm. El grosor íntima media es $0,64 \pm 0,13$ mm (P25 0,55, P75 0,72). La presión central sistólica es $117 \pm 18,5$ mmHg y la presión central diastólica es $75,9 \pm 11,3$ mmHg. El índice de aumento es $12 \pm 6,9$. La distribución del riesgo cardiovascular de nuestra población es riesgo poblacional 4,3%, riesgo añadido bajo 36,7%, riesgo añadido moderado 29,3%, alto 13,3% y muy alto 16,5%.

406. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL POR SOSPECHA DE EVENTO CEREBROVASCULAR

M.R. Bosca Mayans¹, F.J. Pascual Pla², J. Lull Sala¹, M. Signes Signes¹, A. Mancheño Alvaro², E. Santatecla¹, A. Montemayor², A. Ferrandis², M.J. Blanco² y J.J. Soler³

¹Hospital Francesc de Borja, Gandía. ²Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia. ³Hospital General Universitario, Valencia.

Propósito del estudio: Valoración de factores de riesgo cardiovascular (FR) que presentan los pacientes con sospecha de evento

cerebrovascular (ACV) en un servicio de urgencias hospitalario. Comparación entre los diferentes factores de riesgo y suceso del evento.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo. Los pacientes se reclutaron en radiodiagnóstico al realizar una tomografía computarizada (TC) entre junio y octubre de 2010. Se consideró: edad, sexo, antropometría, FR (hipertensión arterial (HTA), tabaquismo (T), diabetes mellitus (DM), dislipemia (DL) y eventos anteriores (EA)). Valoración de constantes en urgencias, diagnóstico de la TC, derivación del paciente y diagnóstico al alta. Se usó el programa estadístico G-stat.

Resultados: Registramos 25 pacientes (11 mujeres), rango 54-93 años, edad media (EM) 73. 14 pacientes (56%) presentaron ACV, 7 mujeres (64%) y 7 varones (50%), EM: 75. La frecuencia de FR fue: o sobrepeso/obesidad y HTA con 13 pacientes cada uno o DL: 9 o DM: 6 o EA: 10 o T: 4 activos y 2 ex. Uno sin FR conocido; 6 con 1 FR, con 2 y 3 FR, 8 y con 4 y 5 FR uno. Con ACV, los FR fueron: el único sin FR lo presentó; con 1 y 3 FR, la mitad, con 2 FR, el 37,5%. Respecto a diferencias entre géneros: los varones presentaron de 1-3 FR, con mayor incidencia de ACV los de 3, con 4 casos. Las mujeres, de 0 a 5 FR, no detectándose diferencias. Tipo de ACV, o 86% (11) isquémicos o 14% hemorrágicos (3). La cifra media de TA en urgencias fue de 146/78, a mayor número de FR mayores cifras de TA. Los pacientes con 1 FR TA media de 137/64 mmHg; con 2 FR, 143/83 mmHg, y los de 3 FR, 153/83. En el grupo de 1 y 2 FR eran mayores las cifras tensionales de los varones. El 60% (15) presentaron a su llegada a urgencias cifras tensionales superiores a 140 y/o 90, 6 mujeres. Sin diferencias respecto a la edad. Los ingresos hospitalarios sumaron 96 estancias más dos pacientes remitidos al hospital terciario.

Conclusiones: Los sospechosos de evento y tras la realización de TC se confirmó este en más de la mitad de los casos. A mayor número de FR mayores son las cifras tensionales. El 87% de los casos tenían entre 1 y 3 FR. El control de la TA sigue siendo nuestro mayor caballo de batalla, pues pese a la educación sanitaria y la gran cantidad de medicación que se pauta, las cifras suelen estar elevadas en un gran número de pacientes.

407. EL DIARIO DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL: EFICAZ INSTRUMENTO DE CONTROL FARMACOLÓGICO

M.J. Entrialgo Rodríguez

Hospital de Cabueñes, Gijón.

Propósito del estudio: A menudo los pacientes vistos en la consulta son polimedificados ya que además de los fármacos antihipertensivos tienen tratamiento para otros factores de riesgo cardiovascular (RCV) además de medicaciones para otras patologías manejadas por otros especialistas. No es infrecuente que cuando acuden a las revisiones no se acuerden de las medicaciones que toman y para que las toman, no aporten informes actualizados de las mismas o son obsoletos dificultando establecer el tratamiento actual. En estos pacientes tomar las adecuadas medicaciones es de gran importancia para evitar interacciones y duplicidades. ¿Es un hecho aislado el mal control farmacológico o bien está más arraigado de lo que nos suponemos?

Métodos: Como herramienta de recogida de datos se utiliza la hoja diario de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) en la que han de anotar el nombre de los fármacos antihipertensivos con indicación además verbal de tener los envases a la vista, horas de comidas, horas de descanso y calidad del sueño, horas de ejercicio y datos de interés en las 24 horas. Se incluyen todas las MAPAS realizadas durante un año y se ex-

cluyen las realizadas a gestantes y las diagnósticas (sin medicación). Al retirar la MAPA se revisó lo anotado con las órdenes médicas y se comentó con el paciente coincidencias o discrepancias.

Resultados: Se obtiene una muestra de 294 pacientes (136 mujeres y 158 varones) con una media de edad de 58,8 años y media de evolución de HTA de 7,4 años. De 17% toman solo medicación antihipertensiva y 83% además hipoglucemiantes, y/o hipolipemiantes y/o antiagregantes. En el apartado fármacos antihipertensivos, 7,8% no apuntan nada, 8,1% apuntan toda la medicación 44,5% correcta, 37,9% incorrecta y 1,7% no la toman. Del total de pacientes 40,8% no toman la medicación correctamente, bien porque no es la hora 18%, no es la prescrita 12%, toman de menos 17,6%, 2,7% toman de más, no es la dosis 3%. Se encontraron diferencias significativas en relación a la edad y tomar más o menos fármacos y tomarlos adecuadamente si bien en análisis por tramo de edades: 1 (< 45), 2 (46-65), 3 (> 65) evidenció que para los grupos 1,2 no hay significación para la toma adecuada y si para el nº de fármacos mientras que para los grupo 1,3 si hay diferencias significativas en los dos aspectos. Entre los grupos 2,3 no hay diferencias significativas en los dos aspectos. De los otros apartados recogidos en la hoja, 85,7% apuntan el descanso nocturno y de estos 14,3% descansan mal y siesta la realizan 22,4%. Ejercicio solo lo realizan 31,3% y las incidencias recogidas hacen referencia a dolor o molestias con las tomas de presión 33,3% y cefaleas 5,8%.

Conclusiones: El incumplimiento farmacológico de nuestra área sanitaria no es un hecho aislado lamentablemente y se acentúa con la edad y polimedicación. La falta de coordinación entre Atención Primaria y Especializada puede ser el fondo del problema. Los profesionales de la salud debemos de hacer un esfuerzo entre todos para que el paciente tenga claro que toma, porque y cuando ha de hacerlo. Se ha elaborado una guía de conciliación del medicamento actualmente en implantación.

408. CONSUMO Y ACTITUD SOBRE TABAQUISMO DEL PERSONAL SANITARIO DE UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

A.I. Tejada Ruiz, M. Sepúlveda Sánchez, M.J. Fornet Torres, M.S. Gómez Bermúdez, P. Núñez Torres, R. Gamarro Pimentel, S. Rey Becerra, C. Sedeño Lara, T. Sánchez Lopera y F. Leal Gallardo

Área Sanitaria de Gestión Serranía de Málaga, Ronda.

Introducción: El personal sanitario es uno de los grupos sociales que mayor poder de influencia tiene sobre la población en cuanto a la cesación del hábito de fumar, a través de la información que transmiten a los pacientes del riesgo que conlleva el hábito de fumar, mediante el consejo sanitario y la participación activa en programas de abandono del tabaco. En España ha habido importantes avances en la reducción del consumo de tabaco, sin embargo, según los estudios realizados en nuestro país, aunque ha habido cambios positivos en los últimos años, el número de fumadores entre el colectivo sanitario sigue siendo elevado y es ligeramente superior al de la población general. Dependiendo de los estudios, los porcentajes de fumadores entre el personal sanitario se sitúan entre el 31 y el 46%. En Andalucía, como en el resto de regiones europeas, el tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública. La prevalencia del consumo de tabaco en la Comunidad, según la Encuesta Andaluza de Salud (EASP 2003-2007) es de 31,1% (39,5 hombres y 23,1 mujeres). El pico máximo de prevalencia se sitúa entre los 25 y 44 años (43%), seguido de la franja de edad 45-54 años (34,45%) y 16-24 años (33,4%). Según el Ministerio de Sanidad el 34,7% de

los médicos y el 43,2% del personal de enfermería son fumadores.

Objetivos: Conocer el patrón de consumo y actitud sobre el tabaco en los profesionales del Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga (AGS Serranía de Málaga).

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional transversal descriptivo, mediante encuesta autoaplicada y anónima a todo el personal sanitario del Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga. Los cuestionarios fueron entregados personalmente a cada profesional junto con una hoja informativa, y se recogieron en urnas depositadas en distintas zonas del Área (1 hospital comarcal, 4 centros de salud en 3 zonas básicas con consultorios en cada pueblo de dichas zonas). Al ser una encuesta anónima no fue necesario firmar hoja de consentimiento informado para aplicar la ley de protección de datos. Este estudio se realizó en el AGS de la Serranía de Málaga a todos los profesionales sanitarios (médicas/os, enfermeras/os, auxiliares de enfermería, técnicos/as sanitarios y fisioterapeutas) que trabajaron en dicha Área durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2009 con un total de 845 sujetos. Los datos fueron recogidos por todos los componentes del trabajo de investigación mediante encuesta no validada con 26 ítems y diferentes variables de resultado y control, tanto cuantitativas como cualitativas: edad, sexo, centro de trabajo, categoría profesional, como valora su estado de salud, considera que tiene alguna enfermedad, le han informado de su riesgo cardiovascular, sabría decir cuál es su riesgo cardiovascular, fuma, a qué edad comenzó a fumar, cuántos años lleva fumando, ha intentado dejar de fumar, no lo ha intentado pero se lo ha planteado, fuma en su lugar de trabajo, desde cuándo no fuma...

Resultados: Fueron incluidos un total de 565 trabajadores, 418 mujeres (74,5%) y 143 varones (25,5%), de los cuales eran facultativos 127 (22,7%), enfermería 250 (44,6%), fisioterapeutas 8 (1,4%), auxiliares de enfermería 145 (25,9%), técnicos sanitarios 29 (5,2%). La edad media de los trabajadores es de $41,83 \pm 9,34$ años. En cuanto al hábito tabáquico son: Fumadores 162 (30,8%), Exfumadores 133 (25,3%), Nunca fumadores 227 (43,2%). Estado de salud: Excelente 108 (19,1%), Bueno 407 (72,2%), Regular 44 (7,8%), Malo 1 (0,2%). Consideran que tiene alguna enfermedad: No 432 (77,4%), Sí 124 (22,2%). Han sido Informados sobre su riesgo cardiovascular: No 292 (52%), Sí 262 (46,6%). Sabría decir cuál es su riesgo cardiovascular: Bajo 223 (40,2%), Medio 157 (28,3%), Alto 55 (9,9%), Muy alto 7 (1,3%), No lo sabe 108 (19,5%). Años que lleva fumando: Menos de 4 años 10 (5,6%), Entre 5 y 10 años 28 (15,7%), más de 11 años 140 (78,7%). Ha intentado dejar de fumar sin conseguirlo: No 89 (50,9%), Sí 86 (49,1%). No lo ha intentado pero se lo ha planteado: No 55 (40,7%), Sí 80 (59,3%). Edad a la que se inició el hábito: $17,89 \pm 3,69$ años. Intentos precisados para dejar de fumar: 3,08, en este caso utilizamos en vez de la desviación estándar la mediana (1,2). Algún sanitario le ha recomendado dejar de fumar: No 92 (31,8%), Sí 189 (65,4%), No lo sé 8 (2,8%). Cómo ha dejado de fumar: Por voluntad propia 151 (80,3%), Por enfermedad 10 (5,3%), Por recomendación sanitaria 5 (2,7%), Otras 9 (4,8%). Ha usado algún tipo de ayuda para dejar de fumar: Ninguna 167 (73,2%), Comprimidos 12 (5,3%), Parches 7 (3,1%), Chiclos 8 (3,5%). Curso/grupos de terapia 9 (3,9%). Ha realizado curso/taller de deshabituación del hábito tabáquico: No 221 (39,1%), Sí 73 (12,9%), No contesta 267 (47,3%). Padece alguna enfermedad cardiovascular: No 435 (80,4%), HTA 53 (9,8%), Diabetes 11 (2%), Dislipemia 29 (3,7%), Otras 12 (2,2%).

Discusión y conclusiones: El objetivo general de este estudio era conocer los hábitos de consumo de tabaco de los profesionales de la salud del AGS Serranía de Málaga. El porcentaje de participación global se situó en el 66,86%. Encontramos una alta prevalencia de fumadores entre los trabajadores de nuestra área. Son necesarias campañas específicas de información e intervención sobre tabaquismo a dichos profesionales.

409. EL ENLACE, UN VALOR AÑADIDO AL PREALT

M.M. Lladó Blanch y N. Puig Guirbau

SAP Badalona-Sant Adrià, Badalona.

Introducción: El programa de preparación al alta de CatSalut (PREALT) se configuró como un instrumento para mejorar la coordinación entre los distintos niveles de atención y va dirigido a pacientes que post-alta hospitalaria precisen atención domiciliaria en 24-48h por atención primaria. Se percibió la necesidad de ampliarlo con el concepto de ENLACE (garantizar visita, a domicilio o en el centro de atención primaria en menos de 5 días naturales).

Propósito del estudio: Implementar el protocolo de actuación ENLACE-PREALT para garantizar continuidad asistencial a los pacientes que post-alta hospitalaria requieran continuidad de cuidados. Conocer el número de pacientes que se han beneficiado de esta diferenciación, el grado de dependencia y la satisfacción. Dar bidireccionalidad al programa.

Métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo, observacional, transversal. Ámbito: Atención Primaria (AP). Población de estudio: pacientes adscritos a las 15 Zonas de Salud del Institut Català de la Salut (ICS) del Servicio de Atención Primaria (SAP) de Badalona-Sant Adrià y Sta. Coloma de Gramenet, ingresados en el Hospital Germans Trias i Pujol (HGTiP) incluidos durante 2007-2009 en el programa. Variables de estudio: edad, sexo, visitas enfermera de enlace, tipo de visita al alta, tiempo de respuesta AP, Barthel al alta hospitalaria, encuesta de opinión de los pacientes. Fuentes de información: base de datos del programa de enlace y entrevista telefónica. La enfermera de enlace con la perspectiva de AP hace una valoración holística del paciente y cuidador a pie de cama en el hospital y puede anticiparse a las necesidades que requerirá al alta. Registra, informa y acuerda el plan de cuidados con el/los profesionales responsables del paciente de AP.

Resultados: Entre 2007-2009 las enfermeras de enlace de AP valoraron 2.231 pacientes que representaron 7.015 visitas. Se excluyeron por diversos motivos (fuera zona, exitus...) 737. Peticiones recibidas de profesionales de AP, 117 (bidireccionalidad). Índice de Barthel al alta: autónomos/dependencia leve 1.298, moderada 137, severa/total 103. Del total de pacientes 447 precisaron PREALT (atención domiciliaria en 24-48h por atención primaria) y 1.045 ENLACE (visita a domicilio o en el centro de salud en menos de 5 días naturales), de estos, 186 precisaron visita a domicilio y 859 en el Centro de Atención Primaria (CAP). Se encuestaron 202 personas. El 91,1% de los pacientes habían estado hospitalizados anteriormente. Valoran con una media de 9,3 ($DE \pm 1,24$) este programa de coordinación.

Conclusiones: Con este nuevo protocolo de actuación ENLACE-PREALT, se han podido beneficiar 1.045 pacientes que habrían sido excluidos con el programa PREALT. Teniendo en cuenta la alta valoración de los pacientes, vale la pena unir esfuerzos y extrapolarlo para que sea implementado en otros territorios.

410. YA TENEMOS LA MAPA. ¿AHORA QUÉ?

G. Ribas Miquel¹, E. Boix Roqueta¹, M. Ferré Munté¹, A. Pascual Canalias¹, M. Beltran Vilella² y J. Gifré Hipòlit¹

¹ABS Cassà de la Selva, Cassà de la Selva.

²Equip Promotor de la Salut, Ajuntament de Girona, Girona.

Propósito del estudio: Analizar el uso que se ha hecho de la MAPA en un Centro de Salud que da cobertura a una población de 25.095 habitantes > 15 años en el año 2010.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de todas las MAPA solicitadas durante el periodo de estudio. Para la recogida de datos se utilizó la plantilla del estudio CARDIORISC.

Resultados: En el transcurso enero a noviembre del 2010 se han solicitado 95 MAPA. El motivo de solicitud principal fue el diagnóstico de bata blanca (40,00%), seguido de la valoración de la eficacia del tratamiento (30,52%) y de patrón circadiano (17,89%). El 33,68% de los pacientes no recibía tratamiento farmacológico antihipertensivo en el momento de realizar la MAPA. El riesgo cardiovascular añadido al diagnóstico según la tabla Framingham fue: 11,57% normal, 27,36% ligero, 33,68% moderado, 13,68% elevado, 13,68% muy elevado. Según los resultados obtenidos con la MAPA, los pacientes obtuvieron los siguientes diagnósticos: 41 Dipper (43,15%), 38 Non Dipper (40,00%), 4 Extrem Dipper (4,21%), 11 Riser (11,57%), 0 Extrem Riser, 1 fue no válido (1,05%). Recibían tratamiento previo 63 (66,31%) pacientes, modificándose el tratamiento a 32 (33,68%), un total de 32 (33,68%) no recibía tratamiento alguno, instaurándose nuevo tratamiento a 11 (11,57%). El 94,73% de las MAPA obtuvo lecturas válidas para un diagnóstico. El 5,26% del total de MAPA obtuvo un porcentaje de lecturas válidas inferior al 70%, o sea las pruebas fueron consideradas no válidas.

Conclusiones: Se utilizó como herramienta básica para el diagnóstico de HTA de bata blanca. Elevado porcentaje de pacientes con alteración del patrón circadiano, aunque domina el patrón Dipper. El uso de la MAPA está siendo más utilizado en nuestra ABS, para el diagnóstico, seguimiento y control de HTA.

411. ¿ES DE UTILIDAD LA MAPA EN UN CENTRO DE SALUD?

M.L. Mateo Gutiérrez¹, M.I. Sánchez Antigüedad¹, J.J. González Rico¹, M.P. Vázquez Martín², I. González Casado¹, J.M. de Dios Hernández¹, P.G. Baz Rodríguez¹, R.M. Velázquez del Olmo¹, R. García Hernández¹ y B. Varona Gutiérrez¹

¹CS María Auxiliadora, Béjar.

²Hospital Virgen del Castañar, Béjar.

Objetivos: Conocer el registro en la historia clínica informatizada y de papel de las MAPAS realizados. Conocer los resultados obtenidos en los mapas realizados.

Material y métodos: Diseño: estudio observacional-descriptivo-transversal, mediante auditoría de historias clínicas. Ámbito de estudio: zona básica de salud semi-urbana de Béjar (Salamanca). Participantes: un total de 82 historias clínicas. Mediciones y variables: se revisaron las historias clínicas informatizadas y de papel de 82 pacientes a los que se les realizó la MAPA. Se recogieron como variables: edad, sexo, diagnóstico y tratamiento de HTA, registro y resultado de la MAPA y si hubo o no intervención después del resultado del mismo.

Resultados: De los 82 pacientes, 52,43% hombres: (de 75 años 11,6%) 47,56% mujeres (< de 65 años 33,3%, entre 65 y 75 años 23% y > 75 años 46,1%) de las mapas, 63,4% si estaban registradas en la hª clínica y un 36,5% no estaban registradas. De las registradas 30,4% eran dipper, 25% no dipper, 1,2% riser y 1,2% extrem dipper. Tenían diagnóstico de HTA el 76,8%, el 74,3% tenían tratamiento, el 2,3% hbb, 2,3% HTA mal controlada y 2,3% no eran HTA. Se hizo intervención médica en un 39,02%.

Conclusiones: El registro en la Hª clínica de las MAPAS realizadas es bajo, de ahí la necesidad de formar a los profesionales sobre indicaciones e interpretación de la MAPA. Importancia de la MAPA. Como prueba diagnóstica a la hora de tener mejor controlados a nuestros hipertensos, pues en un 39% se hicieron modificaciones en el tratamiento. La prevalencia en nuestro estudio es inferior a la del proyecto CARDIORISC posiblemente por el tipo de pacientes a los que se les realizó la MAPA.

412. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y APNEA DEL SUEÑO: AMISTADES PELIGROSAS

J.J. López Hernández¹, M. Martínez González¹ y M.I. Armentia González²

¹CS Pisueña-Cayón, Sarón. ²CS Zapatón, Torrelavega.

Propósito del estudio: La apnea del sueño es una forma común de trastorno del sueño que ocurre debido a un colapso recurrente de las vías respiratorias altas durante la inspiración. Numerosos trabajos asocian el síndrome de apnea del sueño (SAS) con un aumento del riesgo cardiovascular, sin que se conozcan los mecanismos por los cuales ocurre esta asociación. Las alteraciones hemodinámicas y autonómicas que acompañan al SAS durante el sueño, con aumento del tono simpático, el estrés oxidativo y la disfunción endotelial podrían explicar la elevación de la presión arterial más allá de las alteraciones obstructivas al flujo aéreo. Nuestro objetivo es identificar los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con diagnóstico de apnea del sueño de carácter moderado-severo.

Métodos: Se estudiaron 28 pacientes, diagnosticados de SAS, que estaban utilizando CPAP (presión positiva continua en la vía aérea) y tenían diagnóstico de HTA. Se identificaron las siguientes variables: edad, sexo, IMC, perímetro abdominal, hipercolesterolemia, diabetes, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, hábitos tóxicos, tratamientos para la HTA, filtrado glomerular, última toma de TA en consulta, HVI según criterios de Cornell, microalbuminuria y en una submuestra se colocó MAPA de 24 horas.

Resultados: Todos eran varones excepto una paciente. La media de edad fue de $58 \pm 11,7$ años. El 56% tenían hipercolesterolemia, el 40% diabetes, el 20% tenían sobrepeso, el 72% obesidad y el 8% presentaban una obesidad mórbida. Solo el 19% tenían un perímetro abdominal inferior a 102 cm. El 62% tenían buen control de la TA en consulta (< 140/90 mmHg). A los que se les colocó MAPA de 24 horas (44%) presentaron un control mejor que en la consulta, sin embargo el 80% presentaban un patrón circadiano anormal de la TA (non dipper 50% y riser 30%). Los pacientes diabéticos tenían un buen control, casi el 80% mantenían HbA1c < 7%. Casi la mitad de los pacientes presentaban glucemias entre 100 y 120. Encontramos altas tasas de consumo de alcohol en el 56% y el 35% en fumadores. La media de RCV estimado a los 10 años fue de $19 \pm 1,2\%$.

Conclusiones: Llama la atención la presencia de numerosos factores de riesgo, la alta tasa de fumadores (en otros estudios no llega al 18%), alcohol o de diabetes. Destacar la obesidad que presentaban estos pacientes, que empeora la HTA y la misma apnea. Sería conveniente un control con MAPA de 24 horas, con el fin de estudiar el patrón de su TA, para instaurar tratamiento adecuado. Encontramos alta prevalencia de glucemia basal alterada que unido a la obesidad nos hace pensar que en poco tiempo estos paciente, si no modifican sus factores de riesgo, desarrollarán una diabetes. Todo ello nos lleva, en primer lugar, a tratar de identificar en la consulta de enfermería a los hipertensos susceptibles de tener un SAS, interrogando sobre los síntomas como parte de la entrevista, y en segundo lugar, a extremar el control de los factores de riesgo para disminuir el RCV.

413. INFLUENCIA SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL Y LA FRECUENCIA CARDÍACA DE LA ACUPUNTURA ZONAL CON ESTÍMULO DE SEDACIÓN (AZES) APLICADA SOBRE LAS FÍSTULAS RADIOCEFÁLICAS

A.J. Fernández Jiménez, G.S. Aguilar Gómez e I. Cabrera Plaza

Centro de Hemodiálisis Sierra Este, Sevilla.

Propósito del estudio: La acupuntura es una técnica milenaria practicada por Enfermería desde hace años, desde dos puntos de vista: método clásico y método occidentalizado, con diferentes tipos de estimulación: Tonificación o Sedación, con efectos distintos.

Sus acciones conocidas sobre la dinámica vascular actuando en la innervación de algunas arterias, nos sugirió la posibilidad de aplicar Acupuntura Zonal con Estímulo de Sedación (AZES) sobre las Fístulas Arteriovenosas (FAVs) Radiocefálicas (RCs), para valorar su influencia sobre el Flujo de Acceso (QA) y sobre los parámetros sistémicos Tensión Arterial (TA) y Frecuencia Cardíaca (FC).

Métodos: Estudio cuasiexperimental intrasujeto de 2 años (2008-2009), autorizado en un centro de Hemodiálisis, a $n = 29$ enfermos portadores de FAVIs RC. Diseño: medición intradiálisis con la siguiente secuencia: Medición basal de TA [diferenciada en TA Sistólica (TAS), TA Diastólica (TAD) y TA Media (TAM) y FC: TASb, TADb, TAMb y FCb. Medición control de TA y FC: TASc, TADc, TAMc y FCc (para operativizar, calculamos las medias aritméticas basal - control de cada variable). Fase 1: Punción Acupuntural y medición de TA y FC: TAS5, TAD5, TAM5 y FC5. Fase 2: Primera manipulación de las agujas con estímulo de sedación durante 6 minutos y medición de: TA y FC: TAS6, TAD6, TAM6 y FC6. Fase 3: Segunda manipulación de las agujas con estímulo de sedación durante 6 minutos y medición de: TA y FC: TAS7, TAD7, TAM7 y FC7. Fase 4: Retirada de agujas y medición de: TA y FC: TAS8, TAD8, TAM8 y FC8. La punción acupuntural se realizó en los puntos: 7P, 8P, 4MC, 5MC. Los criterios de selección de estos fueron: pertenencia a meridianos principales y cercanía a la anastomosis. El estímulo de sedación fue aplicado rotando manualmente las agujas con amplitud mayor de 180° , baja frecuencia (1-2 rotaciones por segundo) y en contra del sentido de las agujas del reloj. Utilizamos SPSS 16.0.

Resultados: Edad media fue de $62,10 \pm 15,25$ años, (28-87 años), 21 hombres (72,4%) y 8 mujeres (27,6%). Diferencias estadísticamente significativas: Media TASb-TASc-TAS6. Media TASb-TASc-TAS7. Media TASb-TASc-TAS8. TAS5-TAS6. No se produjeron incidencias.

Conclusiones: La estimulación inicial de 6 minutos ha provocado respuesta sistémica en la TAS que se mantiene en las siguientes fases y en menor medida cuando se retiran las agujas respecto a la media basal-control. El estímulo de sedación propuesto por tanto, ha condicionado durante varias fases el aumento de la TAS. Aunque nuestro planteamiento original se fundamentaba en la aplicación de Acupuntura Zonal, para influir sobre el QA (resultados comunicados en el XXXV Congreso Nacional de la SEDEN), creemos que los resultados de la TA obtenidos por sí solos, ofrecen posibilidades experimentales y de práctica de interés en este sentido.

414. RESPUESTA DE LA PRESIÓN ARTERIAL TRAS LA APLICACIÓN DE ACUPUNTURA ZONAL CON ESTÍMULO DE TONIFICACIÓN (AZET) SOBRE LAS FÍSTULAS RADIOCEFÁLICAS

G.S. Aguilar Gómez, A.J. Fernández Jiménez e I. Cabrera Plaza

Centro de Hemodiálisis Sierra Este, Sevilla.

Propósito del estudio: Este estudio representa el análisis de los hallazgos encontrados respecto a la tensión arterial y frecuencia cardíaca procedentes de un trabajo comunicado en el XXXV congreso de la SEDEN, en el que con la aplicación de un tipo de estimulación con acupuntura (tonificación) se perseguía un cambio vascular en la zona de aplicación con el consiguiente cambio de flujo sanguíneo; y no un efecto a distancia y/o sistémico como el manifestado. Antes de iniciarlo, no encontramos referencia alguna que relacionase acupuntura y acceso vascular en hemodiálisis.

Métodos: Estudio cuasiexperimental intrasujeto de 2 años (2008-2009), autorizado en un centro de Hemodiálisis, a $n = 30$ enfermos portadores de FAVIs RC. Diseño: medición intradiálisis con la siguiente secuencia: medición basal de TA (diferenciada en TA Sistólica (TAS), TA Diastólica (TAD) y TA Media (TAM)) y FC: TASb, TADb, TAMb y FCb. Medición control de TA y FC: TASc, TADc, TAMc y FCc (para operativizar, calculamos las medias aritméticas basal - control de cada variable). Fase 1: Punción Acupuntural y medición de

TA y FC: TAS5, TAD5, TAM5 y FC5. Fase 2: Primera manipulación de las agujas con estímulo de Tonificación durante 6 minutos y medición de: TA y FC: TAS6, TAD6, TAM6 y FC6. Fase 3: Segunda manipulación de las agujas con estímulo de Tonificación durante 6 minutos y medición de: TA y FC: TAS7, TAD7, TAM7 y FC7. Fase 4: Retirada de agujas y medición de: TA y FC: TAS8, TAD8, TAM8 y FC8. La punción acupuntural se realizó en los puntos: 7P, 8P, 4MC, 5MC. Los criterios seguidos para la selección de los puntos fueron: pertenencia a meridianos principales y cercanía a la anastomosis. El estímulo de tonificación fue aplicado rotando manualmente las agujas con amplitud de 90° , alta frecuencia (4-8 rotaciones por segundo) y en el sentido de las agujas del reloj. Utilizamos SPSS 16.0.

Resultados: Edad media de $61,83 \pm 15,06$ años (28-87 años), 22 hombres (73,3%) y 8 mujeres (26,7%). Las diferencias estadísticamente significativas fueron: Media TASb-TASc-TAS3. Media TAMb-TAMc-TAM3.

Conclusiones: Durante la fase 3 distinguimos de manera significativa un aumento de la TAS y TAM respecto a la TA de referencia. En la fase 3, el 60% de los sujetos experimentó aumento de su TA. Estos efectos sobre la tensión arterial abren un campo de acción no previsto en el estudio de referencia, pero con una proyección de aplicación interesante como posible tratamiento de base en determinados casos o como tratamiento coadyuvante al farmacológico; no solo en el enfermo renal en hemodiálisis, sino también en otros ámbitos. Aunque el sentido de los efectos en nuestro caso ha sido el de aumento, las diversas formas de práctica y distintos estímulos que pueden ser aplicados con Acupuntura, ofrecen posibilidades para obtener efectos de disminución de la tensión arterial, y representar otro elemento de lucha contra la hipertensión.

415. MANEJO DEL ITB EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Herrero Gil¹, M. Roda Ribera⁴, J. Sánchez Muñoz², C. Llopis Olasso⁴, A. Pons Server⁴, B. Blasco Pérez¹, M. López Ibáñez² y J. Minguez Platero³

¹Hospital del Vinalopó, Elche. ²CSI Carlet, Carlet.

³Hospital de la Ribera, Alzira. ⁴CAP de Corea, Gandía.

Introducción: La arteriopatía periférica (AP) significa, por definición, enfermedad oclusiva de las arterias fuera del corazón. La gran mayoría de los pacientes padecen claudicación intermitente (CI), caracterizada por dolor de piernas al caminar, que se alivia con reposo. Además, la mayoría de las personas están asintomáticas y presentan múltiples factores de riesgo cardiovascular (FRCV), de los cuales los más importantes son el tabaquismo y la diabetes, le siguen la edad, la hipertensión y la hiperlipidemia. En nuestro centro de salud hemos incluido desde hace algún tiempo en la cartera de servicios de enfermería el Índice Tobillo Brazo (ITB), que es la principal prueba no invasiva de cribado, para la detección de AP, es una técnica sencilla de realizar y con una sensibilidad y especificidad muy elevada. En este trabajo hemos querido evaluar los resultados obtenidos en nuestra consulta de enfermería, para constatar la importancia de la realización de esta prueba en la detección precoz de AP.

Métodos: Se habilitó en las agendas de enfermería la prestación ITB, para que se pudieran citar todos los pacientes, derivados desde las consultas de los médicos de familia. Con anterioridad se había realizado un taller práctico, de realización de la prueba ITB, en el que participaron todos los enfermeros del centro. Los resultados se anotaron en las historias electrónicas de cada paciente, en la hoja de Riesgo Cardiovascular y se volvían a remitir a su médico de familia para valorar la conveniencia o no de instaurar tratamiento. Los resultados se han obtenido durante 2 meses en todas las consultas de enfermería, en este tiempo hemos realizado 114 pruebas de ITB.

Resultados: Participan en el estudio 114 pacientes de los cuales el 57% son hombres y 43% mujeres, con una media de edad de 69 años. El ITB fue normal ($> 0,9$) en el 53% de la muestra, se consideró patológico (inferior a 0,9 o superior a 1,4) el 47% del total de la muestra. Con respecto a los FRCV, el 65% de los pacientes son hipertensos, 37% son fumadores o ex fumadores, 41% son diabéticos y 47% presentan hiperlipidemia. También del total de la muestra el 61% decía tener CI.

Conclusiones: El ITB es un excelente marcador de riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Dado que se trata de una técnica sencilla, accesible y barata, se ha propuesto su uso sistemático para mejorar la predicción del riesgo cardiovascular, además de reducir la gran cantidad de problemas que la AP puede suponer en el sistema de salud.

416. REPERCUSIÓN DE LA EDUCACIÓN GRUPAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

H. Sánchez Parejo² y M. Parejo Martín¹

¹ABS Màgòria, Barcelona. ²ABS Sants, Barcelona.

Propósito del estudio: A partir de las referencias obtenidas a través de estudios, guías, protocolos y bases de datos epidemiológicos, podemos llegar a la conclusión que la mayor parte de las personas hipertensas saben que lo son y reciben tratamiento, pero todavía existe una parte de personas que no saben que son hipertensas y algunas hasta sabiéndolo no se tratan ni se controlan. En este sentido, hay un gran trabajo a realizar en el ámbito de la atención primaria. Gracias a las acciones de la promoción, prevención primaria y secundaria, se puede llegar a una reducción en el número de personas que padecen enfermedades cardiovasculares, que se traducirá en una disminución de la morbi-mortalidad. Y esta es la razón fundamental, por la cual trabajamos desde nuestro rol profesional de enfermería. Aumentando la calidad de vida de aquellas personas que padecen y viven el día a día con la enfermedad, haciendo así su vida más independiente. Son por estos motivos y debido a que el estado actual del manejo de la hipertensión es insatisfactorio, hemos querido mejorar este panorama haciendo un proyecto de estudio basándose en concienciar a los sujetos de la importancia del cuidado de su enfermedad, en optimizar el tratamiento y el control, en la importancia de la prevención de las complicaciones y en ampliar los conocimientos encauzando la participación en la toma de decisiones, a través de la educación grupal en atención primaria.

Objetivos: Conocer la efectividad de una intervención educativa grupal dirigida a adultos diagnosticados de hipertensión, adscritos al ABS Magòria/Sants de Barcelona, en el periodo del 2008-2009.

Métodos: Diseño del estudio: estudio casi experimental con un grupo control de adultos diagnosticados de hipertensión con tratamiento de más de un año. Nuestro estudio se ha llevado a cabo en el Área Básica de Salud de Magòria/Sants de Barcelona. La intervención grupal consta de 6 sesiones de una duración de 90 minutos, con una periodicidad semanal, guiadas por una enfermera y en la última sesión con la colaboración de un médico de familia del centro, en la parte de farmacología. El estudio se ha basado en formar varios grupos de 10-12 personas cada uno, donde se han realizado sesiones teórico-prácticas para cada grupo. Para la obtención de datos, se han entregado cuestionarios de pre/post- conocimientos y satisfacción.

Resultados y conclusiones: Tras la pregunta que nos planteábamos previamente al inicio de este estudio, si es realmente efectiva una educación grupal en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial. La respuesta final, podemos afirmar que SÍ es efectiva y a los datos obtenidos nos basamos. Del 100% de personas que iniciaron el estudio un 97,5% finalizaron las 6 sesiones completas. De nuestra muestra de población, podemos afirmar que un 99,3% están

muy satisfechos de la educación grupal y volverían a repetir una experiencia similar con otras enfermedades. Comparando el cuestionario pre-conocimientos con el de post-conocimientos se ha observado una disminución en errores significativa. Valorando la periodicidad de visitas control con sus enfermeras de referencia, se ha comprobado que ha disminuido el periodo de control de visitas, si anteriormente la media de visitas control se aproximaba a los 2 meses, ahora oscila en 3 veces al año, por lo que se demuestra una disminución en la hiperfrecuentación en consulta de enfermería y médica. Observando la hoja de monitorización de cada paciente de estudio, hemos valorado una mejoría en los valores tensionales, de peso y a su vez del Regicor. Con todo lo demostrado, se puede afirmar que esta intervención grupal ayuda a la persona a ser más consciente de su enfermedad, controlarla siendo a su vez más independiente. Este estudio demuestra la utilidad en la educación grupal de enfermería, en personas hipertensas, orientadas en la educación sanitaria y en proporcionar recursos que mejoran el autocuidado y a su vez la independencia.

417. CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES CON HIJOS ESCOLARIZADOS SOBRE EL TABAQUISMO PASIVO

C. Sedeño Lara, A.I. Tejada Ruiz, M.J. Fornet Torres, S. Gómez Bermúdez, R. Moreno Montilla, M.A. Prudencio Muñoz, M.A. González Benítez y C.L. Avilés Pereira

Área Sanitaria de Gestem Serranía de Málaga, Ronda.

Introducción: El tabaco no solo afecta a las personas fumadoras, el humo del tabaco se asocia también a riesgos para la salud en fumadores pasivos, muy especialmente durante la infancia. Las pruebas de que el hábito de fumar paterno está asociado con diferentes efectos adversos en la salud infantil son ahora abrumadoras (NHMRC 1997). La responsabilidad de los padres es, por tanto, enorme y ya no hay excusa alguna para mantener una actitud pasiva ante el problema. La OMS cree que los niños tienen el derecho de crecer sin tabaco, y que "hay que cambiar el ambiente hasta que no fumar sea la pauta de conducta social más normal".

Objetivos: General: evaluar la actitud de los padres sobre el tabaquismo pasivo. Específicos: evaluar los conocimientos de los padres sobre distintos aspectos del tabaquismo pasivo.

Material y métodos: El ámbito de estudio serán los padres fumadores o no con hijos escolarizados en 6º de primaria. Se trata de un estudio observacional transversal descriptivo, mediante encuesta autoaplicada y anónima. Los cuestionarios serán entregados junto con una hoja informativa a los niños escolarizados en 6º de primaria de los colegios de la población de Ronda, que se han seleccionado de forma aleatoria. Se incluyen las siguientes variables: hábito tabáquico de los padres, nº de padres fumadores, nº cigarrillos fumados al día por toda la familia, prácticas adoptadas en casa, gravedad percibida de la exposición en la salud del hijo, actitudes respecto a la exposición pasiva en los hijos, percepción de la permanencia de las sustancias nocivas del humo del tabaco en la ropa y en el ambiente y relación percibida entre tabaquismo pasivo y enfermedades del niño. Se han resumido las variables cuantitativas mediante medias y desviación estándar y las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se han repartido 270 encuestas, de las que se han recogido 185 (68,5%). Las familias estudiadas tienen una media de $2,08 \pm 0,75$ hijos. En 81 domicilios (43,8%) hay algún fumador; el padre es fumador en 59 casos (31,9%), la madre en 38 (20,5) y ambos progenitores son fumadores en 22 hogares (11,9%). En 48 familias (25,9%) se fuman más de 5 cigarrillos al día. En relación con las prácticas adoptadas en casa con respecto al hábito tabáquico en 103 casos (55,7%) no se permite fumar dentro del domicilio, en 21 (11,4%) no se fuma delante de los niños y en 33 casos (17,8%) no se hace nada. 66 familias (35,7%) no toman ninguna medida ante el

tabaquismo pasivo de sus hijos fuera del domicilio y 80 (43,2%) no entran en sitios donde esté permitido fumar cuando van con los niños. El 30,3% de los padres (56) cree que las sustancias nocivas del humo del tabaco permanecen en la ropa del fumador pasivo más de 5 horas, 40 (21,6%) creen que entre 1 y 5 horas, 16 (8,6%) creen que menos de 1 hora y en 44 casos (23,8%) no saben que las sustancias nocivas del tabaco permanecen en la ropa. Con respecto a la permanencia de las sustancias nocivas en el ambiente 34 familias (18,4%) creen que permanecen más de 10 horas, 37 (20%) creen que entre 5 y 10 horas, 43 (23,2%) creen que menos de 5 horas y el 23,2% de los encuestados (43) desconoce que en el ambiente permanecen las mismas. El 84% de las familias (156) relaciona el tabaquismo pasivo con afecciones respiratorias en la infancia.

Conclusiones: La gran mayoría de los padres encuestados reconocen la relación entre el tabaquismo pasivo de los niños y las enfermedades respiratorias. A pesar de ello, llama la atención que en casi la mitad de los hogares hay algún fumador, se fuma en el domicilio y en la mayoría de los casos se permite fumar delante de los niños. La mitad de los encuestados no toman ninguna actitud frente al tabaquismo pasivo de sus hijos fuera del domicilio. La permanencia de las sustancias nocivas en la ropa y el ambiente es mucho mayor de lo que creen la mayoría de los padres. Los datos obtenidos indican que los padres no están protegiendo a sus hijos del tabaquismo pasivo, a pesar de conocer los riesgos a los que están expuestos. Todo esto justifica la puesta en marcha de alguna campaña divulgativa a la población general, sobre los efectos nocivos del tabaquismo pasivo en la infancia y las medidas preventivas que se puedan adoptar.

418. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN HÁBITOS DIETÉTICOS EN PACIENTES HIPERTENSOS

M.V. Laguna Calle y A. Barbero Pedraz

Unidad de Hipertensión, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La educación sanitaria en las enfermedades crónicas ha demostrado una buena eficacia para el control de factores de riesgo cardiovasculares.

Objetivos: Estudiar los resultados de los consejos para la mejora del estilo de vida en los pacientes hipertensos en una consulta de educación sanitaria impartidos por DUE hospitalaria.

Material y métodos: Se realizan 2 tomas de presión arterial siguiendo las normas aceptadas por la Sociedad Europea de HTA y con aparatos validados. Se realiza la encuesta nutricional del programa de NUTRIRED disponible en la plataforma Cardiorisc, y se calcula el riesgo cardiovascular de cada paciente. La enfermera realiza una intervención individualizada basada en la metodología de planes de cuidados estandarizados. Se aconseja sobre mejora en hábitos alimentarios, con aprendizaje de pautas de comidas, los grupos de alimentos, identificación de sus propiedades y calidades en relación con el riesgo cardiovascular. Se estimula la realización del ejercicio físico, y el abandono de sedentarismo. Se describe la experiencia en los primeros ocho meses de funcionamiento de la consulta.

Resultados: Han participado 40 pacientes que acuden a la consulta Unidad de HTA. El tiempo medio de intervención ha sido 4,4 meses (máximo 8 meses, mínimo 2 meses), durante este tiempo se ha realizado 2,7 visitas (2-8 visitas). De ellos el 60% eran varones, con una edad media 52,7 años $\pm$ 15 años (rango de 17 a 76 años). Reconocían ser fumadores el 17,5%. Realizaban ejercicio físico antes de su llegada a la consulta el 32,5%. Respecto a los antecedentes personales de los pacientes, el 25% eran diabéticos, el 81,5% eran dislipémicos, y el 55% presentaban síndrome metabólico. Tenían lesión de órgano diana el 37,5%, y enfermedad cardiovascular el 5%. El 75% referían antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz. Respecto al tratamiento farmacológico, un

2,5% no lo recibía, en monoterapia estaban el 27,5%, en biterapia el 25%, y con triple terapia 45%. El IMC varió del 33,5 $\pm$ 4,8 kg/m² a 32,1 $\pm$ 5,1 kg/m², con una pérdida media de peso 4,2 $\pm$ 3,3 kg. El perímetro de cintura se redujo de 106,8 $\pm$ 12,5 cm a 101,8 $\pm$ 12,5 cm, que corresponde a una reducción de 4,3 $\pm$ 2,9 cm. La presión arterial sistólica inicial fue de 131 $\pm$ 18,6 mmHg llegando a 113 $\pm$ 12 mmHg y la presión arterial diastólica inicial de 80 $\pm$ 9,7 mmHg disminuyó hasta 71,3 $\pm$ 7,7 mmHg ($p < 0,001$). El riesgo cardiovascular se simplificó en dos categorías: una de "No riesgo" que comprende el riesgo poblacional y adicional bajo, y otra de "Riesgo" incluyendo las categorías de riesgo adicional moderado, alto y muy alto. Según esta simplificación al inicio el 81,6% de los pacientes se encontraban en "Riesgo" y tras la intervención ese porcentaje se redujo al 63,2% ($p = 0,016$). Encontramos una correlación en el límite de la significación estadística entre la reducción de peso y la reducción de presiones arteriales.

Conclusiones: La educación sanitaria consigue una reducción del peso. La intervención individualizada para la mejora del estilo de vida ha supuesto un mejor control de las cifras de presión arterial y una reducción de su nivel de riesgo cardiovascular.

419. UTILIDAD DEL DIAGNÓSTICO SEDENTARISMO EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA

M.L. Guitard Sein-Echaluze¹, J. Torres Puig-gros¹, D. Farreny Justribó², J.M. Gutiérrez Vilaplana¹, N. Farré Pagés³ y J. Farreny Justribó⁴

¹Universidad de Lleida, Lleida. ²Diputació de Lleida, Lleida.

³CAP Lleida Rural Nord, ICS, Lleida. ⁴Llar de Sant Josep, Lleida.

Introducción: El papel de la enfermería en todos los factores de riesgo cardiovascular es cada día más activo y relevante. El seguimiento en consultas de enfermería se asocia con un mejor control de la PA y con modificaciones significativas en los cambios de hábitos de vida. Los diagnósticos enfermeros constituyen un marco útil para la planificación de cuidados ya que definen las situaciones de salud que identifican y tratan las enfermeras en la práctica clínica independiente.

Objetivos: Determinar la adecuación en uso del diagnóstico Sedentarismo a partir de la frecuencia observada de sus factores relacionados en los hipertensos tratados.

Métodos: Entre abril de 2008 y junio de 2009 se realizó un estudio transversal, incluyendo hipertensos de 18 a 80 años, atendidos en 9 unidades básicas de atención de 5 áreas básicas de salud, urbanas y rurales. Se excluyeron aquellos en los que la actividad física estaba contraindicada. El nivel de actividad física en el tiempo libre (AFTL) (variable dependiente) se midió a través del cuestionario Minnesota (en mets/día calculados en relación a la última semana). Se formularon preguntas sobre los factores relacionados aceptados para el diagnóstico sedentarismo: Conocimientos sobre los beneficios del ejercicio físico, interés/motivación hacia la realización de ejercicio (mediante el test de Prochaska) y recursos (tiempo, dinero, compañía, instalaciones). La información se obtuvo por entrevista personal. La medida de frecuencia utilizada fue la prevalencia acompañada del intervalo de confianza del 95%. La asociación también se analizó a través de las pruebas t de Student y ANOVA. El nivel de significación aceptado fue de $p < 0,05$.

Resultados: Se obtuvieron un total de 786 entrevistas en las que el consumo energético fue de 285 mets/día (IC95% 263,5-302,7), de los que un 37,7% se podían clasificar como sedentarios (< 143 mets/día). Un porcentaje importante de los hipertensos atendidos (17%) no identificaron la realización de actividad física como parte del tratamiento de la HTA. Los estadios más pasivos (precontemplación, contemplación) se asociaron significativamente con la realización de niveles ligeros de actividad física. La compañía y la utilización de instalaciones sobre las que se tenga buena opinión

(distancia, horario, económica) resultaron significativamente asociados con un mayor nivel de AFTL.

Conclusiones: El diagnóstico NANDA sedentarismo es una buena herramienta para incorporarla al plan de cuidados de los hipertensos ya que identifica adecuadamente los factores relacionados con menor realización de actividad física. Esta identificación permitirá seleccionar los resultados más posibilistas y las intervenciones adecuadas para conseguirlos.

420. PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO EN ENFERMERÍA

J. Abellán Alemán¹, E. Ortín Ortín², L. Guerrero Llamas³, M.P. Sainz de Baranda Andújar⁴, E. Ramos Quirós⁵, E. Ortega Toro⁶, M. Leal Hernández⁷, J.A. García Galvis⁸ y A. Ortín Barceló⁹

¹Universidad Católica San Antonio, Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Murcia. ²CS Salud de Ceutí, Murcia.

³Hospital Universitario 12 de Octubre, Pabellón de Medicina Comunitaria, Unidad de Hipertensión, Madrid. ⁴Universidad de Castilla La Mancha, Facultad de Ciencias del Deporte, Toledo.

⁵CS Quijorna, Madrid. ⁶Universidad Católica San Antonio, Facultad de Ciencias de la Salud, Ejercicio Físico y Deporte, Murcia. ⁷CS de San Andrés, Murcia. ⁸CS Santa María de Gracia, Murcia. ⁹Universidad de Oviedo, Oviedo.

Propósito del estudio: La efectividad del Ejercicio Físico (EF) en el control de los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) está determinada por la adecuada prescripción y seguimiento. De forma que el grado de conocimientos de los profesionales resulta de especial relevancia. El personal de enfermería, tanto en el Nivel Especializado como en Atención Primaria, constituye un elemento fundamental para mejorar la práctica de EF y el adecuado control de los pacientes con FRCV.

Objetivos: Identificar el grado de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre la influencia del EF en los FRCV. Analizar la calidad de la prescripción de EF de los profesionales de enfermería. Estudiar la influencia de los conocimientos en la práctica personal de EF por parte de los profesionales.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo transversal. Se realizó un muestreo intencionado a 339 profe-

sionales enfermeros de diferentes Comunidades Autónomas en el ámbito de Atención Primaria y Especializada del grupo ERHICA. El Cuaderno de Recogida de datos (CRD) fue previamente validado y consta de 5 apartados: Conocimiento general sobre la práctica de EF. Conocimientos del efecto del EF sobre los FRCV: lípidos, diabetes, hipertensión y obesidad. Práctica personal de EF. Prescripción EF a pacientes con riesgo cardiovascular y síndrome metabólico (SM). Medida de la calidad de la prescripción a través de la indicación de: duración de la sesión de EF, seguimiento de la prescripción de EF e intensidad de realización del mismo.

Resultados: El grado de conocimiento de la influencia del EF sobre los FRCV no supera el 50% en el análisis de ningún factor, excepto en el efecto del EF sobre la diabetes. El 41% de los profesionales manifiestan realizar EF más de 3 días por semana, sin que el grado de conocimientos suponga diferencias en la práctica personal de EF. La prescripción de EF a los pacientes con FRCV se realiza en "consulta programada" o "aprovechando visitas por otros motivos" en el 75% de los casos y no está influenciada por el grado de conocimientos. El 10% de los encuestados afirma que "nunca revisa la prescripción de EF". El 70% de los profesionales especifica el tiempo de práctica de EF a menos del 30% de los pacientes. El 49% de los profesionales recomienda la auto-toma de pulso a sus pacientes durante el EF en un porcentaje superior al 70%. El 99% de los profesionales prescriben la práctica de EF a sus pacientes con síndrome metabólico (SM). El 66% de los profesionales considera su nivel de conocimientos sobre EF "insuficiente" o "muy insuficiente".

Conclusiones: El Grado de conocimientos de los profesionales no influye en la práctica personal de EF. El 41% de los profesionales cumple las recomendaciones de práctica de EF de la American Sport of Medicine. El grado de conocimientos de los profesionales es mejorable en todos los aspectos evaluados en el CRD. Poniéndose de manifiesto que la mejora de los mismos no supone mejora en la prescripción. La calidad de la prescripción es mejorable. Los criterios de prescripción de EF se basan más en la observación del paciente con SM que en el cálculo de los FRCV. Más de la mitad de los profesionales son conscientes de su bajo grado de conocimientos sobre EF para realizar una correcta prescripción en pacientes con RCV.